



University of Groningen

Huildagboek bij zuigelingen; een nuttig hulpmiddel om onderscheid te maken tussen normaal en excessief huilgedrag. (letter)

Reijneveld, S.A.; Hirasing, R.A.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Early version, also known as pre-print

Publication date:
2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Reijneveld, S. A., & Hirasing, R. A. (2004). Huildagboek bij zuigelingen; een nuttig hulpmiddel om onderscheid te maken tussen normaal en excessief huilgedrag. (letter). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(15), 754-755.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Leukotriëenreceptorantagonist bij astma net zo effectief als salmeterol

Leukotriëenreceptorantagonisten (LTRA's) hebben een lucht-wegverwijdend en een (gering) ontstekingsremmend effect. Van de antileukotriënen is in Nederland de LTRA montelukast in tabletvorm beschikbaar. Wat de plaats is van LTRA's binnen het astmabehandelsplan is tot op heden onvoldoende duidelijk. Duidelijk is wel dat LTRA's geen volledige vervanging kunnen vormen voor inhalatiecorticosteroiden (ICS'en). Bij patiënten bij wie het astma niet onder controle is met een lage tot matig hoge dosering van een ICS is er de keuze tussen het verdubbelen van de dosering ICS of het toevoegen van een geïnhaalde langwerkende β_2 -receptoragonist. Voor de langwerkende β_2 -receptoragonisten is aangetoond dat dit alternatief in alle opzichten gelijkwaardig is. Voor LTRA's was een dergelijke toegevoegde waarde tot op heden onvoldoende aanemelijk gemaakt.

Bjermer et al. vergeleken in een goed opgezette studie (dubbelblind, gerandomiseerd, met dubbele dummy) bij 2 parallelle groepen van ruim 740 patiënten die klachten hadden ondanks gebruik van een lage dosis (2 dd 100 μ g) van het ICS fluticason, het effect van het toevoegen van de langwerkende β_2 -receptoragonist salmeterol met dat van toevoeging van montelukast.¹ De primaire uitkomst van de studie betrof het percentage patiënten met minstens één astma-exacerbatie in het jaar dat de studie duurde; in dit opzicht was er geen verschil tussen de combinatiebehandelingen. Ook voor een aantal secundaire onderzoeksuitkomsten, zoals de verdeling van de aantallen exacerbaties binnen de groepen, het optreden van

nachtelijke klachten en de kwaliteit van leven, waren er geen verschillen tussen de groepen aantoonbaar. Wel hadden patiënten die behandeld werden met fluticason-salmeterol een iets stabielere longfunctie en een iets betere longfunctie in de ochtenduren. Daarentegen was er in de fluticason-montelukastgroep een iets grotere daling van het aantal eosinofiele cellen in het bloed. De conclusie is dat beide behandelingen in deze studie in grote lijnen gelijkwaardig waren, zij het dat de combinatie fluticason-salmeterol resulteerde in een wat stabilere longfunctie en fluticason-montelukast mogelijk wat beter anti-inflammatoir werkte.

Een nadeel van de gekozen studieopzet is het (volgens de auteurs om ethische redenen) ontbreken van een fluticason-placeboarm. Hoewel aannemelijk, is hierdoor niet met zekerheid te zeggen of er in deze populatie een effect is geweest van het toevoegen van salmeterol of montelukast, en wat de grootte van dit effect was. Desalniettemin lijkt op basis van deze studie het toevoegen van montelukast aan de behandeling van patiënten die met een lage dosis ICS nog klachten hebben, een alternatief voor het toevoegen van een langwerkende β_2 -receptoragonist zoals salmeterol.

LITERATUUR

- ¹ Bjermer L, Bisgaard H, Bousquet J, Fabbri LM, Greening AP, Haahtela T, et al. Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults: one year, double blind, randomised, comparative trial. *BMJ* 2003;327:891-6.

R.E.JONKERS

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking.)

Huildagboek bij zuigelingen; een nuttig hulpmiddel om onderscheid te maken tussen normaal en excessief huilgedrag

Met belangstelling lasen wij de klinische les van Tjon a Ten en Wolters over het gebruik van een huildagboek bij volgens de ouders veel huilende zuigelingen (2004:257-60). Excessief huilen gaat vrijwel altijd vanzelf over, maar kan voordat dit gebeurt ouders tot wanhoop drijven. Wij kunnen ons geheel vinden in het advies van Tjon a Ten en Wolters om het huilgedrag goed in kaart te brengen met een dagboek. Voorts wijzen de auteurs er terecht op dat in de literatuur verschillende definities worden gehanteerd voor excessief huilen en dat de bekendste de '3 maal 3'-regel van Wessel is.

De auteurs definiëren deze regel echter vervolgens anders dan Wessel et al. in 1954 beschreven.¹ Wessel et al. spreken van excessief huilen bij huilen meer dan 3 uur per dag op meer dan 3 dagen per week, gedurende meer dan 3 weken. Tjon a Ten en Wolters laten het 'meer dan' weg in de laatste twee delen van de definitie, en spreken van huilen '... meer dan 3 uur per dag, gedurende 3 dagen per week, gedurende 3 weken'.

Het verschil mag triviaal lijken, in de praktijk leiden de verschillende definities wel tot de inclusie van deels andere zuigelingen en tot aanzienlijk andere prevalenties.² De tabel laat zien tot welke aanzienlijke verschillen dit leidt in een Nederlandse landelijke steekproef van zuigelingen van 1 en 3 maanden oud.³ De definities A en C zijn daarbij de twee oorspronkelijke van Wessel et al. voor respectievelijk 'excessief' en 'veel' huilen. Definitie B en D wijken daarvan af doordat 'meer

dan' is vervangen door 'evenveel of meer'. De door Tjon a Ten en Wolters gegeven definitie is een combinatie van definitie B en D uit de tabel, waarvan de prevalentie met de beschikbare gegevens niet valt te berekenen, maar die zeker hoger zal zijn dan die van definitie A, de feitelijke regel van drie van Wessel.

De gevolgen van deze verschillen in gehanteerde definitie, zoals hierboven getoond, bemoeilijken de interpretatie van onderzoek naar de effecten van behandeling,² en ook naar de oorzaken³ van excessief huilen, omdat elke definitie leidt tot de inclusie van andere zuigelingen.

Samenvattend: excessief huilen is een uitermate belangrijk

Prevalentie (in %) van excessief huilen (A, B en D) en van veel huilen (C) bij zuigelingen op basis van vier definities die zijn afgeleid van de regels van Wessel²

	registratie gedurende	
	1 maand (n = 1128)	3 maanden (n = 1090)
A: huilen > 3 uur/dag op > 3 dagen/week, > 3 weken	2,2	2,0
B: huilen > 3 uur/dag op > 3 dagen/week, \geq 3 weken	4,0	2,0
C: huilen > 3 uur/dag op > 3 dagen/week, 1 week	9,0	3,7
D: huilen > 3 uur/dag op \geq 3 dagen/week, 1 week	12,7	4,6

probleem waarbij een goede diagnostiek met huidaagboeken belangrijk is. Voor de toepassing van resultaten van onderzoek in de eigen praktijk moet vervolgens nauwkeurig worden nagegaan hoe excessief huilen precies werd gedefinieerd.

LITERATUUR

- 1 Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiller AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called 'colic'. *Pediatrics* 1954;14:421-34.
- 2 Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Excessive infant crying: definitions determine risk groups. *Arch Dis Child* 2002;87:43-4.
- 3 Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics* 2001;108:893-7.

S.A. REIJNEVELD
R.A. HIRASING

Groningen, februari 2004

Collega's Reijneveld en Hirasing merken terecht op dat Wessel et al. een huilbaby definiëren als een zuigeling die meer dan 3 uur per dag, gedurende meer dan 3 dagen per week, gedurende meer dan 3 weken huilt. Het 'meer dan' is in de klinische les per abuis in de laatste 2 delen van de definitie weggelaten. In de praktijk blijkt deze definitie echter niet hanteerbaar, aangezien het niet mogelijk is om bezorgde en vaak oververmoeide ouders een huidaagboek gedurende 3 weken te laten bijhouden. Er wordt daarom volstaan met de registratie van het huilen in een huidaagboek gedurende 1 week. Dat daardoor 'andere' zuigelingen worden geïncludeerd dan met de oorspronkelijke definitie, maken Reijneveld et al. in hun reactie duidelijk. Het spreekt voor zich dat daardoor de interpretatie van onderzoek naar de effecten en oorzaken wordt bemoeilijkt. Bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek bij excessief huilende zuigelingen zal de definiëring dus rigoreus moeten worden toegepast.

De klinische les is echter geschreven voor de dagelijkse praktijk. De ervaring leert dat in de praktijk de anamnese van de ouders onbetrouwbaar is. Een huidaagboek kan helpen om grofweg 3 groepen 'excessief' huilende zuigelingen te onderscheiden:

- De excessief huilende zuigeling bij wie er waarschijnlijk geen lichamelijke oorzaken zijn: huilt meer dan 3 uur per dag, meer dan 3 dagen per week, anamnestic meer dan 3 weken en het huilen is geconcentreerd in de middag en de avond.
- De zuigeling die excessief huilt wegens een lichamelijke oorzaak: huilt vaak op alle tijdstippen van de dag en ook 's nachts.
- De zuigeling die volgens de ouders excessief huilt, maar volgens het huidaagboek minder dan 3 uur per dag en/of minder dan 3 dagen per week. Bij navraag blijkt vaak dat de ouders overbezorgd zijn. Uitleg en geruststelling zijn hierbij de belangrijkste pijlers van de begeleiding.

W. TJON A TEN

Veldhoven, maart 2004

In de klinische les van Tjon A Ten en Wolters (2004:257-60) en het commentaar van Zwart en Brand (2004:260-2) wordt aandacht besteed aan (excessief) huilende baby's en hun ouders. De gegevens over normaal en excessief huilgedrag zijn vooral gebaseerd op studies bij westerse baby's. In transcultureel onderzoek blijkt het huilen in niet-westerse culturen in de eerste maanden een vergelijkbaar verloop te hebben – vooral huilen in de vooravond met een piek rond de leeftijd van 6 weken. Er zijn echter sterke aanwijzingen dat verzorging met veel lichamen contact leidt tot een kortere duur van het huilen.¹⁻⁴

Het lijkt erop dat het huilpatroon in de eerste maanden overwegend een reflectie is van een normale rijping van het

centrale zenuwstelsel, waarbij excessief huilende baby's mogelijk prikkelbaarder zijn, maar vooral minder in staat lijken tot fysiologische regulatie.⁴ Het huilen lijkt een uiting van onwelbevinden en een appèl van de zuigeling aan zijn ouders hem daarbij te helpen. Weten wij voldoende wat het onthouden van lichamelijke koestering emotioneel voor het kind betekent als we aan ouders het advies geven het kind niet snel op te pakken?

Een tweede aspect dat meer aandacht vraagt, is het verhaal van de ouder. Een huilende baby doet een beroep op zijn ouders; dit beroep wordt gekleurd door de perceptie en de verwachtingen van de ouder. Hoewel er via *PubMed* geen artikelen te vinden waren die de directe invloed van (traumatische) jeugdervaringen op de perceptie van het huilen van de eigen zuigeling beschrijven, is er wel onderzoek gedaan naar de effecten van negatieve jeugdervaringen op ouderschap en de kans op een herhaling van mishandeling en verwaarlozing.⁵ Het recente proefschrift van Van der Pas besteedt uitgebreid aandacht aan het effect van negatieve jeugdervaringen op met name het omgaan met emoties als ouder.⁶ Ook vanuit neurobiologisch perspectief is interferentie plausibel – vanaf het moment dat mannen en vrouwen een kind hebben gekregen, reageert met name hun amygdala heftiger op het huilen van een baby,⁷ dezelfde amygdala die zo'n grote rol speelt in de opslag van emotioneel bedreigende herinneringen.^{6,8}

Rust, reinheid en regelmaat passen vooral in de korte geschiedenis van de westerse babyverzorgingstraditie, maar of daarmee wordt voldaan aan de elementaire behoeften van een zuigeling? Zeker is dat ouders alle steun verdienen in de eerste zware maanden na de geboorte van hun kind om in hun eigen leven zoveel mogelijk rust in te bouwen. Het bespreekbaar maken van de heftige emoties die het huilen kan oproepen, past daarin.⁹ Door daarbij ook eventuele negatieve jeugdervaringen te benoemen, kan zo nodig gerichte hulpverlening worden aangeboden.

LITERATUUR

- 1 Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol* 1991;33:601-10.
- 2 Lee K. The crying pattern of Korean infants and related factors. *Dev Med Child Neurol* 1994;36:601-7.
- 3 St James-Roberts I, Bowyer J, Varghese S, Sawdon J. Infant crying patterns in Manali and London. *Child Care Health Dev* 1994;20:323-37.
- 4 Barr RG. Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics* 1998;102 (5 Suppl E):1282-6.
- 5 Baartman HEM. Opvoeden kan zeer doen. Utrecht: SWP; 1996.
- 6 Pas A van der. A serious case of neglect: the parental experience of child rearing. Delft: Eburon; 2003.
- 7 Seifritz E, Esposito F, Neuhoff JG, Luthi A, Mustovic H, Dammann G, et al. Differential sex-independent amygdala response to infant crying and laughing in patients versus nonpatients. *Biol Psychiatry* 2003;54:1367-75.
- 8 Bosch I. De herontdekking van het ware zelf. 3e dr. Amsterdam: Veen; 2003.
- 9 Levitzky S, Cooper R. Infant colic syndrome – maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clin Pediatr (Phila)* 2000;39:395-400.

P.J. JONKER

Deventer, februari 2004

Collega Jonker gaat uit van de volgende veronderstellingen. Dat verzorging met veel lichamen contact in niet-westerse culturen leidt tot een kortere duur van het huilen, dat verzorging met veel lichamen contact bij westerse baby's een vergelijkbaar effect heeft en dat het onthouden van lichamen contact bij excessief huilende zuigelingen een negatief effect heeft op de emotionele ontwikkeling op lange termijn.

Wat betreft het eerste punt. Barr et al. beschrijven in hun artikel van de !Kung San dat verzorging met veel lichamelijk contact leidt tot een kortere duur van het huilen. De !Kung San-moeders houden of dragen hun kinderen echter 80% van de dag en reageren direct op het huilen – in meer dan 92% van de gevallen binnen 15 seconden. De !Kung San-data geven echter geen informatie over de dagelijkse variatie van het huilen. Het is mogelijk dat de zuigelingen meer huilen tijdens de perioden dat zij niet werden geobserveerd of 's nachts.¹ Mogelijk dat de ouders dit niet belastend vonden en dit daarom niet rapporteerden, evenals de Manali-ouders in Londen. Deze rapporteerden dat hun kind minder hilde dan Engelse zuigelingen, maar door middel van geluidsopnamen kon dit niet geobjectiveerd worden.²

Of een toename van contact tussen moeder en kind bij westerse zuigelingen die excessief huilen, leidt tot een kortere duur van het huilen werd in diverse gerandomiseerde trials onderzocht. Het dragen van de zuigeling meer dan 4 uur per dag in een draagzak reduceerde het huilen bij normaal huilende zuigelingen, maar niet bij huilbaby's.³⁻⁵ Als moeders direct reageerden op het huilen en hun kind troostten door het te wiegen en te dragen, leidde dit in vergelijking tot een controlegroep, waarbij de ouders gerustgesteld werden, tot een verergering van het huilen.⁶

Gezien het bovenstaande moeten wij concluderen dat de veronderstelling dat verzorging met veel lichamelijk contact in niet-westerse culturen leidt tot een kortere duur van het huilen niet geobjectiveerd is en bij westerse baby's leidt tot een verergering van het huilen.

Of het onthouden van lichamelijke koestering bij excessief huilende zuigelingen een negatief effect heeft op de emotionele ontwikkeling op lange termijn, is niet onderzocht. In een goed uitgevoerde studie waarbij het huilen op de leeftijd van 6 weken werd geobjectiveerd door middel van een huildagboek, werden 59 excessief huilende zuigelingen en een controlegroep van 58 baby's op de leeftijden van 3, 4, 8, 12 en 36 maanden onderzocht. Er werden geen verschillen gevonden in ontwikkeling, gedrag en moeder-kindrelatie. Wel vonden de moeders van excessief huilende zuigelingen dat hun kind een moeilijk gedrag vertoonde in vergelijking met de controlegroep.⁷⁻⁹ In 2 grote aselecte studies waarbij de moeders retrospectief werd gevraagd of hun kind als baby op de leeftijd van 3 tot 6 maanden excessief had gehuild, werden deze bevindingen bevestigd.¹⁰⁻¹²

Aangezien in alle onderzoeken de moeders verschillende therapieën hadden toegepast om het huilen van hun kind te verminderen, kan geconcludeerd worden dat er geen aanwijzingen zijn dat een bepaalde interventie bij excessief huilende zuigelingen een negatief effect heeft op het gedrag en de ontwikkeling van het kind. Of dit wel effect kan hebben op het omgaan met emoties als deze excessief huilende zuigelingen volwassen zijn en of het mishagen op het huilen hetzelfde negatieve effect heeft als mishandeling en verwaarlozing, kan uit de beschikbare literatuur over huilbaby's niet worden geconcludeerd.

LITERATUUR

- Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol* 1991;33:601-10.
- St James-Roberts I, Bowyer J, Varghese S, Sawdon J. Infant crying patterns in Manali and London. *Child Care Health Dev* 1994;20:323-37.
- Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77:641-8.
- Walker AM, Menahem S. Intervention of supplementary carrying on normal baby crying patterns: a randomized study. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:174-8.
- Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, et al. Carrying as 'colic' therapy: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991;87:623-30.
- Parkin PC, Schwartz CJ, Manuel BA. Randomized controlled trial of three interventions in the management of persistent crying of infancy. *Pediatrics* 1993;92:197-201.
- Lehtonen L, Korhonen T, Korvenranta H. Temperament and sleeping patterns in colicky infants during the first year of life. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:416-20.
- Raiha H, Lehtonen L, Korhonen T, Korvenranta H. Family life 1 year after infantile colic. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1032-6.
- Raiha H, Lehtonen L, Korhonen T, Korvenranta H. Family functioning 3 years after infantile colic. *J Dev Behav Pediatr* 1997;18:290-4.
- Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ* 1993;307:600-4.
- Rautava P, Lehtonen L, Helenius H, Sillanpaa M. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics* 1995;96(1 Pt 1):43-7.
- Oberklaid F, Sanson A, Pedlow R, Prior M. Predicting preschool behavior problems from temperament and other variables in infancy. *Pediatrics* 1993;91:113-20.

W.E.TJON A TEN

Veldhoven, februari 2004

Collega Jonker geeft nuttige aanvullingen op de discussie rondom de oorzaken van excessief huilen. Zij voert een aantal wetenschappelijke bevindingen en argumenten aan die onze overtuiging dat overbelasting van ouders een belangrijke onderhoudende factor is bij excessief huilen van zuigelingen, ondersteunen. Of 'rust, reinheid en regelmaat' belangrijk is voor baby's, hebben wij niet ter discussie willen stellen. Wij hebben met name onder de aandacht willen brengen dat excessief huilen van een baby niet alleen het probleem van die baby zelf is, maar (vooral) ook van de ouders. In ons commentaar pleiten wij er dan ook voor om begrip te tonen voor de moeilijke situatie van de ouders en hen te steunen. Gerichte verdere hulpverlening aan de ouders komt ook in onze praktijk regelmatig voor.

P.L.P.BRAND
P.ZWART

Zwolle, februari 2004

Primaire veneuze mesenteriale trombose bij 3 patiënten

Kop et al. (2003:2488-91) geven in een tabel een overzicht van verschillende risicofactoren voor primaire veneuze mesenteriale trombose. Mede naar aanleiding van de bespreking van patiënt B zouden wij ook de ziekte van Behçet als onderliggende aandoening bij abdominale veneuze trombose willen noemen.

De ziekte van Behçet is een relatief zeldzame aandoening die echter bij personen afkomstig uit de oostelijke mediterrane regio en de gebieden rondom de historische zijderoute relatief frequent voorkomt. Behalve met orale en genitale ulcera en uveïtis gaat de ziekte van Behçet in 25-35% van de gevallen samen met arteriële en veneuze aandoeningen,¹ waarbij levensbedreigende arteriële aneurysmavorming, occlusie door systemische arteriële vasculitis en veneuze trombose kunnen ontstaan. Hoewel de betrokkenheid van het veneuze vaatstelsel meestal blijkt uit oppervlakkige tromboflebitis of diep-veneuze trombose van de beenvaten, komt ook abdominale veneuze trombose voor (trombose van de V. cava of V. portae en Budd-Chiari-syndroom).² Er zijn histologische aanwijzingen dat de veneuze vaatwand zelf betrokken is in het ziekteproces, waardoor lokale trombusvorming wordt geïnitieerd, leidend